

8. Востриков, В.В. Биохимические маркеры алкогольной и опиатной зависимости / В.В. Востриков, В.П. Павленко, П.Д. Шабанов // Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии. – 2004. – Т. 3, № 3. – С.: 18-55.

## КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ГИПЕРАМИЛАЗЕМИИ У РЕБЕНКА

**<sup>1</sup>Волкова М.П., <sup>2</sup>Кротков О.В.**

<sup>1</sup>УО «Гродненский государственный медицинский университет»

<sup>2</sup>УЗ «Волковысская центральная районная больница»

**Актуальность.** Гиперамилаземия – клинический феномен, с которым нередко встречаются практические врачи. Чаще всего данный симптом является маркером заболеваний поджелудочной железы, но встречаются клинические ситуации, когда доступными методами диагностики невозможно выявить поражение поджелудочной железы.

$\alpha$ -Амилаза относится к группе гидролаз, катализирующих гидролиз полисахаридов, включая крахмал и гликоген, до простых моно- и дисахаридов. Наиболее богаты амилазой поджелудочная и слюнные железы. Амилаза секретируется в кровь главным образом из этих органов. Плазма крови человека содержит  $\alpha$ -амилазы двух типов: панкреатическую (Р-тип), вырабатываемую поджелудочной железой, и слюнную (S-тип), продуцируемую слюнными железами. В физиологических условиях активность данного фермента в сыворотке крови на 40% представлена панкреатической амилазой, на 60% – слюнной амилазой. Определение активности  $\alpha$ -амилазы имеет важное значение в диагностике заболеваний поджелудочной железы. Основная ценность определения Р-типа  $\alpha$ -амилазы заключается в том, что увеличение её активности высокоспецифично для заболеваний поджелудочной железы. Активность общей амилазы в этом случае повышена за счёт панкреатической фракции.

Оценка результатов исследования активности амилазы в крови и моче затруднена тем, что фермент также содержится в слюнных железах, толстой кишке, скелетных мышцах, почках, лёгких, яичниках, маточных трубах, предстательной железе. Поэтому активность амилазы может быть повышена при целом ряде заболеваний, имеющих сходную картину с острым панкреатитом: острым аппендиците, перитоните, перфоративной язве желудка и двенадцатиперстной кишки, кишечной непроходимости, холецистите, тромбозе брыжеечных сосудов, а также при феохромоцитоме, диабетическом ацидозе, после операций по поводу пороков сердца, после резекции печени, приёма больших доз алкоголя, приёма сульфаниламидов, морфина, тиазидных диуретиков, пероральных контрацептивов [1, 2]. Гиперамилаземию вызывают многие фармакологические вещества, кортикостероидные препараты, салицилаты, тетрациклин, фуросемид, гистамин.

Активность панкреатической фракции  $\alpha$ -амилазы в отличие от общей не повышается при паротите, диабетическом кетоацидозе, раке лёгкого, острых гинекологических заболеваниях. Вместе с тем тест может быть ложноположительным при других заболеваниях, не поражающих поджелудочную железу. Повышение амилазной активности при этих заболеваниях обусловлено целым рядом причин и носит в большинстве случаев реактивный характер. Вследствие значительных запасов амилазы в ацинарных клетках любое нарушение их целостности или малейшее затруднение оттока секрета поджелудочной железы может привести к значительному попаданию амилазы в кровь. У пациентов с перитонитом увеличение амилазной активности может отражать размножение образующих амилазу бактерий. Обычно активность  $\alpha$ -амилазы при перечисленных заболеваниях повышается в крови в 3–5 раз.

**Результаты и их обсуждение.** Приводим клиническую иллюстрацию, подтверждающую сложности диагностики гиперамилаземии.

Ребенок Матвей П., 31.12.2008 г. р., находился на стационарном лечении в инфекционном отделении Волковысской ЦРБ с 19.03.18 г. по 01.04.18 г.

Поступил с жалобами на повышение  $T$  тела до  $38,5^{\circ}\text{C}$ , припухлости боли в области шеи и околоушной области слева, редкий кашель. Считает себя больным в течение 3 дней, когда повысилась температура, начал покашливать, затем появилась припухлость в околоушной области слева.

При поступлении общее состояние средней тяжести. Кожные покровы, видимые слизистые чистые, обычной окраски. Отмечается умеренная гиперемия небных миндалин, увеличение переднешейных лимфоузлов слева. В легких дыхание везикулярное, ЧД 20 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 90 в 1 мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не пальпируются. Стул оформленный, 1 раз в сутки. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Предварительный диагноз: Сиалоаденит околоушной железы слева неуточненной этиологии. Реактивный панкреатит.

Общий анализ крови от 19.03.2018: гемоглобин – 112 г/л, лейкоц. –  $7,2 \times 10^9/\text{л}$ , п – 10%, с – 26%, л – 62%, м – 2%, СОЭ – 15 мм/ч.

Общий анализ мочи от 19.03.2018: белок, сахар – нет, э. пл. – 6–8 в п/зр., лейкоц. – 5–7 в п/зр., эр. – 0–1 в п/зр.

БАК от 21.03.2018: мочевины – 2,5 ммоль/л, креатинин – 59 ммоль/л, билирубин общий – 11,2 ммоль/л, АСТ – 23 Ед./л, АЛТ – 15 Ед./л,  $\alpha$ -амилаза – 453 Ед./л, К – 3,96 ммоль/л, натрий – 144,4 ммоль/л,  $\text{Ca}^{++}$  – 1,15 ммоль/л.

Анализ мочи на диастазу от 19.03.2018: 34089 Ед./л (N до 450 Ед./л), от 20.03.2018: – 3610 Ед./л, от 26.03.2018: 1183,6 Ед./л.

Анализ крови на  $\alpha$ -амилазу 21.03.2018: 453 Ед./л, 22.03.2018: 258 Ед./л, 27.03.2018: 188,3 Ед./л.

Анализ крови на эпидемический паротит от 23.03.2018: IgM антитела к эпидемическому паротиту – отр. (РНПЦ «Микробиологии и эпидемиологии).

Анализ крови на цитомегаловирусную инфекцию от 26.03.2018: – IgM к ЦМВ не выявлены.

Анализ крови на токсоплазмоз от 26.03.2018: IgM – отрицательно, IgG –

отрицательно.

УЗИ внутренних органов от 20.03.2018: Печень, желчный пузырь и протоки, почки, селезенка без видимой структурной патологии. Бр. отдел аорты не изменен. Забрюшинные и внутрибрюшные лимфоузлы не увеличены. Панкреас: 17x12x14 мм, контуры четкие, эхоструктура мелкозернистая, эхогенность в норме. Правая околоушная слюнная железа 39x14мм, однородной эхоструктуры, левая – 51x22мм, эхогенность усилена, контуры смазанные. Пакеты увеличенных шейных лимфоузлов размером до 22 мм по переднему краю кивательной мышцы слева.

УЗИ от 26.03.2018: Печень, желчный пузырь и протоки, почки, селезенка без видимой структурной патологии. Панкреас: 16x12x14 мм, эхоструктура мелкозернистая, эхогенность в норме. Бр. отдел аорты не расширен. Забрюшинные и внутрибрюшные лимфоузлы не увеличены. Правая околоушная слюнная железа 32x14 мм, однородной эхоструктуры. Левая: 33x10 мм, эхоструктура однородная, эхогенность в норме, контуры четкие. Шейные лимфоузлы не увеличены.

Отоларинголог от 19.03.2018. Д-з: ОРВИ. О. лимфоаденит.

Хирург от 20.03.18. Д-з: Шейный лимфоаденит слева.

Стоматолог-хирург от 26.03.18. Данных за воспаление околоушной слюнной железы во время осмотра нет.

Анализ крови на панкреатическую амилазу от 27.03.2018: 24 Ед./л (N до 40 Ед./л).

Клинический диагноз: Сиалоаденит околоушной железы слева неуточненной этиологии, лимфаденит переднешейных лимфоузлов слева, о. фарингит, анемия легкой степени смешанной этиологии.

Таким образом, при более тщательном обследовании, включающим исследование уровня панкреатической амилазы, предварительный диагноз реактивный панкреатит был снят.

Лечение: цефотаксим, лоратадин, хлорид натрия 0,9% 350,0 + 4 мг дексаметазон в/в, ибупрофен, хлорид натрия 500,0 0,9% + овомин 40000 Ед. (отменен с 26.03.2018), дротаверин, панкреатин.

Выписан домой в удовлетворительном состоянии под наблюдение участкового педиатра.

**Вывод.** При гиперاميлаземии у детей необходимо проводить тщательное обследование, включающее сбор анамнеза, физикальное, инструментальное и лабораторное обследование, в том числе определение уровня панкреатической амилазы для уточнения диагноза.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Всегда ли гиперاميлаземия связана с хроническим панкреатитом? / Д. И. Абдулганиева [и др.] // Практическая медицина. – 2011, – № 7 (55). – С. 157–159.

2. Бессимптомная панкреатическая гиперферментемия / А.Л.Красновский [и др.] // Российский медицинский журнал. – 2014. – № 5. – С. 52–56.